

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM / FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

ÚNICAMENTE PARA FINES INFORMATIVOS - NO COMPLETAR EL FORMULARIO TRADUCIDO

El Departamento de Cuidado y Educación Temprana (EEC, por sus siglas en inglés) proporciona asistencia financiera para cuidado y educación temprana a Familias elegibles de Massachusetts. Para poder recibir la asistencia, las Familias deben cumplir con los lineamientos de ingreso del EEC y demostrar que se necesita un servicio. Necesidad de un servicio significa la cantidad de tiempo que se requiere cuidado para el niño debido a la participación del Padre/Madre (o tutor) en una actividad aprobada. Las actividades aprobadas que establecen una necesidad de servicio incluyen empleo, educación y capacitación.

Este formulario debe ser completado por los siguientes solicitantes:

- Solicitantes recién empleados que todavía no pueden proporcionar recibos de salario que documenten sus ingresos mensuales (4 semanas dentro del periodo de 6 semanas más reciente);
- Solicitantes que trabajan en forma independiente, incluidos contratistas independientes/trabajadores por contrato;
- Solicitantes que reciben sus pagos en efectivo, cheque personal u orden de pago, independientemente de si trabajan como empleados o como contratistas independientes/trabajadores por contrato para una persona o una empresa.

El objetivo de este formulario es verificar lo siguiente:

- el tipo de empleo de los solicitantes;
- la cantidad de horas que trabajan por semana;
- la cantidad de ingresos que reciben por esas horas de trabajo; y
- que los Padres/Madres cumplen con los requisitos para obtener asistencia financiera del EEC y, si los cumplen, el monto que pueden recibir para el cuidado del niño.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Nota: Para poder determinar si una persona reúne los requisitos necesarios para recibir ayuda financiera del EEC se deben completar todas las secciones de este formulario en su totalidad y se debe presentar el formulario al Administrador de Subsidios. Es importante completar y presentar el formulario dentro del plazo establecido.

Instrucciones para Solicitantes de Asistencia Financiera del EEC (Padre/Madre):

1. Completar las Secciones I, II y III de este formulario.
2. Después de completar estas secciones, debe hacer y conservar copias de sus registros antes de entregar el formulario a la persona que verifique su empleo.
3. Si usted es un empleado nuevo o ya existente de una empresa y recibe sus pagos en efectivo, debe entregar este formulario a su empleado para completar la Sección IV y enviarlo al Administrador de Subsidios.
4. Si usted es contratista independiente/trabajador por contrato, debe entregar este formulario a la persona/empresa que lo contrata para completar la Sección IV y enviarlo al Administrador de Subsidios.
5. Si usted trabaja en forma independiente, debe entregar este formulario a uno de sus clientes o proveedores para completar la Sección IV y enviarlo al Administrador de Subsidios.
6. La persona que verifique su empleo debe completar la Sección IV y enviar este formulario al Administrador de Subsidios.

Instrucciones para la Persona que Verifica el Empleo:

Completar la Sección IV de este formulario. Realice y conserve una copia de sus registros y envíe el original junto con la documentación de soporte, si la hubiera, al Administrador de Subsidios.

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM / FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE EMPLEO

A completar por el solicitante de asistencia financiera del EEC

1. Nombre del Solicitante (Padre/Madre): _____
2. Tipo de Empleo
 - a. Seleccione la opción que mejor describa la naturaleza de su empleo.
 - Soy un nuevo empleado de la empresa que figura a continuación. *Complete los puntos b. y e. a continuación y saltee los puntos c. y d.*
 - Soy empleado de la empresa que figura a continuación. *Complete los puntos b. y e. a continuación y saltee los puntos c. y d.*
 - Trabajo como contratista independiente/trabajador por contrato para la empresa que figura a continuación. *Complete los puntos b., c., d. y e. a continuación.*
 - Trabajador en forma independiente. *Ingrese el nombre y la dirección de su empresa, de corresponder, a continuación en el punto b., y luego complete los puntos c. y d., y no complete el punto e.*
 - b. Nombre de la Empresa: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
 - c. Si usted es contratista independiente/trabajador por contrato o trabaja en forma independiente, describa el tipo de trabajo que realiza o la naturaleza de su negocio (*por ejemplo, manejo un taxi*).

 - d. Si usted es contratista independiente/trabajador por contrato o trabaja en forma independiente, ¿realiza trabajos o presta servicios a múltiples clientes?
 - Sí No
 - e. Si usted es empleado o contratista independiente/trabajador por contrato, ¿recibe sus pagos en efectivo o cheque personal o giro de la empresa que figura en el punto b.?
 - Sí No

SI RECIBE SUS PAGOS EN EFECTIVO, deberá proporcionar una copia de sus declaraciones de impuestos federales más reciente, incluidos todos los formularios y anexos correspondientes, así como un certificado de declaración de impuestos federales.

SI RECIBE SUS PAGOS CON CHEQUE PERSONAL O GIRO, deberá proporcionar copias de cheques o giros pagos que demuestren el pago correspondiente a 4 semanas de las 6 semanas más recientes, así como copias de sus declaraciones de impuestos federales más recientes, incluidos todos los formularios y anexos correspondientes, así como un certificado de declaración de impuestos federales.

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM / FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

3. Indicar la fecha de inicio de su empleo, la fecha en la que empezó a trabajar como contratista independiente/trabajador por contrato o la fecha en la que empezó a trabajar en forma independiente

_____ *Por ejemplo, 15 de enero de 2007*

4. ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____ horas
Si sus horarios de trabajo varían, indique la cantidad mínima y máxima de horas que trabaja por semana (por ejemplo, entre 20 y 25 horas por semana).

5. ¿Cuál es el ingreso, incluyendo propinas, que recibe por semana por estas horas de trabajo? _____
Si su ingreso es variable, indique el monto promedio de ingresos que recibe por semana.

6. Describa sus horarios de trabajo cada semana (por ejemplo, 8:00 a.m. a 4:00 p.m. los lunes, miércoles y viernes).

SECCIÓN II: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

A completar por el solicitante de asistencia financiera del EEC

Solicito asistencia financiera para cuidado de niños del Departamento de Cuidado y Educación Temprana.

Autorizo:

- a la persona que figura en la Sección IV a divulgar la información que se solicita en este formulario acerca de mí;
- a la persona que figura en la Sección IV a compartir información relacionada con mi situación de empleo, mis horarios de trabajo e ingresos con la agencia de derivación y recursos de cuidado de niños, la Administración de Subsidios y/o el EEC para determinar mi elegibilidad para obtener asistencia financiera; y
- a la Administración de Subsidios y/o el EEC a comunicarse con la persona que figura en la Sección IV para verificar la información que figura en este formulario.

Entiendo que mi decisión de autorizar a la persona que figura en la Sección IV a compartir la información acerca de mi situación de empleo, horarios de trabajo e ingresos con la Administración de Subsidios y/o el EEC es voluntaria. Sin embargo, entiendo que, si no autorizo a la persona que figura en la Sección IV a compartir esta información, la Administración de Subsidios y/o el EEC no podrán tomar una decisión acerca de mi elegibilidad para obtener asistencia financiera para el cuidado de niños.

Nombre del Padre/Madre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Madre: _____

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO

EMPLOYMENT VERIFICATION FORM / FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

SECCIÓN III: CERTIFICACIÓN

A completar por el solicitante de asistencia financiera del EEC

Certifico que la información proporcionada en las Secciones I y II de este formulario es, a mi leal saber y entender, veraz y precisa. **Entiendo que, SI RECIBO MIS PAGOS EN EFECTIVO, debo proporcionar una copia de mis declaraciones de impuestos federales más reciente, incluidos todos los formularios y anexos correspondientes, así como un certificado de declaración de impuestos federales. Entiendo también que, SI RECIBO MIS PAGOS CON CHEQUE PERSONAL O GIRO, deberé proporcionar copias de cheques o giros pagos que demuestren el pago correspondiente a 4 semanas de las 6 semanas más recientes, así como copias de mis declaraciones de impuestos federales más recientes, incluidos todos los formularios y anexos correspondientes, así como un certificado de declaración de impuestos federales.**

Certifico que la información proporcionada en este formulario es, a mi leal saber y entender, veraz y precisa. Entiendo que proporcionar información falsa o confusa relacionada con mi solicitud de asistencia financiera del EEC, recibir asistencia financiera del EEC como resultado de información falsa o confusa, y/u ocultar u omitir proporcionar información a los efectos de determinar o conservar la elegibilidad o aumentar el nivel de asistencia para cuidado de niños puede derivar en la cancelación inmediata de mi subsidio para atención de niños. También entiendo que debo **informar dentro de un periodo de treinta (30) días todo cambio temporario o no temporario.** Entre los cambios temporarios se pueden mencionar: cualquier ausencia temporaria de la actividad aprobada de un Padre/Madre con motivo de enfermedad o para cuidar a un Familiar; cualquier interrupción de trabajo de un trabajador estacional que no trabaja entre las temporadas de trabajo normales de la industria; un semestre o periodo de vacaciones de un Padre/Madre que participa en educación o capacitación; cualquier reducción de horas de trabajo, capacitación o educación, mientras que el Padre/Madre siga trabajando o asistiendo a la capacitación o educación; cualquier otra cesación de la actividad aprobada de un Padre/Madre que no sea de más de 12 semanas; cualquier cambio de residencia dentro del Estado. Entre los cambios no temporarios se pueden mencionar: ingreso total del grupo familiar que supere el 85% del ingreso promedio del estado (SMI, por sus siglas en inglés); cambios en la información de contacto de la Familia; cambios en la composición del grupo familiar durante más de 30 días en total en un periodo de autorización de 12 meses; cambios en acuerdos de custodia de niños; cambios de domicilio fuera del estado; o cambios o cesación del trabajo, capacitación o participación en educación del Padre/Madre por un periodo de más de 12 semanas. Entiendo que la omisión de informar un cambio no temporario podrá constituir una Infracción Intencional del Programa y podrá dar lugar a descalificación.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

SECCIÓN IV: VERIFICACIÓN DE EMPLEO POR PARTE DE UN TERCERO

A completar por la persona que verifica el empleo del solicitante de asistencia financiera del EEC.

Seleccione el casillero con la opción que mejor describa su relación comercial con el solicitante.

- Soy el empleador del solicitante. *Si seleccionó este casillero, complete las Partes A y C a continuación y deje la Parte B sin completar.*
- El solicitante es un contratista independiente/trabajador por contrato con quien celebro contratos. *Si seleccionó este casillero, complete las Partes A y C a continuación y deje la Parte B sin completar.*
- Soy cliente del solicitante. *Si seleccionó este casillero, deje la Parte A a continuación sin completar y complete únicamente las Partes B y C.*
- Proporciono bienes o servicios al solicitante como parte de su negocio. *Si seleccionó este casillero, deje la Parte A a continuación sin completar y complete únicamente las Partes B y C.*

Indique a continuación la fecha de inicio de empleo del solicitante o, si el solicitante es contratista independiente/trabajador por contrato con quien celebra contratos, indique la fecha en la que trabajó por primera vez con usted.

FECHA DE INICIO DEL EMPLEO: _____

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM / FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

Parte A: A completar por el empleador del solicitante, o si el solicitante es un contratista independiente/trabajador por contrato, por la persona/empresa que celebra contratos con el solicitante.

1. Describa el tipo de trabajo que realiza el solicitante, la cantidad de horas que trabaja por semana, incluidos los horarios semanales, y la cantidad de ingresos que recibe por esas horas de trabajo. *Por ejemplo, doy empleo a Jane Doe como empleada contratada para manejar un taxi los días lunes, martes y viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Jane Doe trabaja 30 horas por semana y se le paga \$300 por semana más propinas.*

Proporcione la siguiente información acerca de su empresa.

2. Nombre de la Empresa: _____

3. Dirección de la Empresa: _____

4. Teléfono comercial: _____

5. Naturaleza del negocio: _____

6. Número de Seguro Social: _____ Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés)¹: _____

7. Tipo Societario de la Empresa: (Seleccionar una de las siguientes)

____ Empresa Unipersonal ____ Sociedad ____ Sociedad Anónima ____ Sociedad de Régimen Simplificado

8. Número Certificado de Operación Bajo el Nombre (DBA, por sus siglas en inglés): _____
(De corresponder)

9. Ciudad/Pueblo en donde se presentó el DBA: _____ (De corresponder)

.....
PARTE B: A completar por el cliente o proveedor que verifica el empleo del solicitante de asistencia financiera del EEC.

1. Seleccione el casillero con la opción que mejor describa su relación comercial con el solicitante.

- Soy cliente de este solicitante.
- Proporciono bienes o servicios a este solicitante como parte de su negocio.

2. ¿Cuánto tiempo ha sido cliente/proveedor del solicitante?

¹ También conocido como Número de Identificación Federal (FIN, por sus siglas en inglés)

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM / FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

3. Describa el tipo de trabajo que realiza el solicitante, incluida la naturaleza de los bienes/servicios que proporciona/presta. *Por ejemplo, Jane Doe tiene un negocio de paisajismo y hace trabajos de paisajismo y jardinería.*

4. **Si usted es cliente del solicitante**, ¿con qué frecuencia compra bienes/servicios de esta persona? *Por ejemplo, Jane Doe cuida mi césped y mi jardín dos veces por mes durante los meses de abril a noviembre.*

5. **Si usted proporciona/presta bienes o servicios del solicitante**, ¿con qué frecuencia vende/presta bienes/servicios a esta persona? *Por ejemplo, entrego suministros de oficina a Jane Doe una vez al mes.*

6. ¿Sabe cuántas horas por semana trabaja el solicitante y/o sus horarios de trabajo?

- Sí No

7. Si respondió que sí en la pregunta 6, indique a continuación las horas de trabajo y/o los horarios de trabajo semanales del solicitante

.....
Parte C: A completar por todas las personas que verifican el empleo

Certifico que la información proporcionada en la Sección IV de este formulario es, a mi leal saber y entender, veraz y precisa.

Escribir el Nombre del Verificador: _____ Fecha: _____

Firma de la Persona que Verifica el Empleo: _____

Título del Verificador _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Instrucciones para la Persona que Verifica el Empleo del solicitante de asistencia financiera del EEC: Haga una copia de este formulario para sus registros y devuelva el formulario original y la documentación de respaldo a:

Administración de Subsidios ingresar dirección o colocar etiqueta de envío por correo:
